

Anna Potoczek

ZESPÓŁ LĘKU NAPADOWEGO A TRAUMA CHOROBY I ŚMIERCI

PANIC DISORDER AND TRAUMA OF SUFFERING AND DEATH

Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Zięba

**panic
trauma**

Autorka przedstawia pogląd, że zespół lęku napadowego, do niedawna uważany za zaburzenie lękowe o wyjątkowo silnym podłożu biologicznym, a także za przykład zaburzenia poznawczego (zgodnie z modelem Becka), powinien być rozumiany i analizowany w perspektywie szerszej niż dotychczas, ze szczególnym uwzględnieniem roli poważnego urazu psychicznego, jakim jest towarzyszenie bliskiej osobie w jej chorowaniu i umieraniu.

Summary: Panic disorder should be understood not only as a strongly biologically biased disorder and an effect of cognitive distortion, but also as the result of strong trauma of witnessing the suffering and dying of a person close to the patient.

Wstęp

Zespół lęku napadowego, wyodrębniony w klasyfikacjach psychiatrycznych (DSM III) dopiero w roku 1980, nadal pozostaje zaburzeniem psychicznym mało znanym i w literaturze psychiatrycznej, i psychoterapeutycznej nie cieszy się większym zainteresowaniem. W języku polskim liczba dostępnych tekstów źródłowych na jego temat jest niewielka, nie przekracza kilkunastu, włączając w to także krótkie rozdziały w akademickich podręcznikach [1]. Informacje w nich zawarte można podzielić na trzy powtarzające się grupy tematyczne:

A. Obraz kliniczny zespołu lęku napadowego. Jest to zaburzenie, w którym dominują często i bez uchwytnej przyczyny nawracające, o nagłym początku, napady paniki z nasilonymi objawami wegetatywnymi i somatycznymi, którym towarzyszy silny lęk przed śmiercią lub utratą kontroli nad sobą. Pomiedzy napadami występuje tzw. lęk antycypacyjny, to znaczy obawa przed wystąpieniem kolejnego ataku, co często prowadzi do rozwoju agorafobii.

B. Etiologia. Podkreślana jest zwłaszcza złożona etiologia neurobiologiczna (szczególnie dotycząca neuroprzekazywania mózgowego i mechanizmu nadwrażliwości ośrodka oddechowego), która ma wyróżniać zespół lęku napadowego spośród innych zaburzeń lękowych. Do przyczyn psychologicznych zalicza się przede wszystkim zaburzenia poznawcze, które polegają na tym, że objawy napadu lękowego są przez pacjenta interpretowane jako zagrażające życiu, co nie jest zgodne z obiektywną prawdą, lecz powoduje dalsze narastanie lęku. Niektórzy autorzy [14] zwracają także uwagę, że zwiększone ryzyko wystąpienia

zespołu lęku napadowego występuje u dorosłych, którzy w dzieciństwie przeżyli śmierć jednego z rodziców lub separację od matki — podobnie jak to zdarza się u osób chorych na depresję. W znaczeniu czysto historycznym wspomniane są czasem dwie teorie lęku Zygmunta Freuda [3]: pierwsza, która wiązała napady lęku z blokowaniem stosunku seksualnego, i druga, tzw. teoria sygnałowa, która widziała ich przyczynę raczej w „traumie narodzin” i działaniu instynktu śmierci.

C. Leczenie. Jeszcze do niedawna za leczenie z wyboru uważano farmakoterapię lekami przeciwdepresyjnymi. Obecnie za leczenie równorzędne uważa się także i przede wszystkim krótkoterminową psychoterapię poznawczą, polegającą na korekcji nieprawidłowych schematów myślenia o objawach. Zaleca się także relaksację, trening autogenny, ćwiczenia oddechowe („oddychanie brzuszne” i trening mięśni przepony) oraz trening behawioralny z ekspozycją na sytuacje, których pacjent unika ze względu na lęk, a następnie desensytyzację z użyciem technik relaksacyjnych i wyobrażeniowych [4, 5, 6].

Obraz zaburzenia, które się wyłania z takiego opisu, wydaje się pozornie jasny i klarowny. Reasumując: jest to ostre zaburzenie lękowe, u którego podłoża leżą dysfunkcje neurobiologiczne, które powodują u pacjentów wyzwalanie się objawów pod wpływem stosunkowo błahych przyczyn, np. substancji chemicznych (kofeiny, mleczanu sodu), wysiłku fizycznego, emocji itp. Zaburzenia poznawcze nabyte w procesie rozwojowym nasilają te objawy na drodze „spirali lęku”. Wtórnie lub równolegle do napadów lękowych rozwija się agorafobia. Przerwanie błędnego koła poprzez leczenie farmakologiczne, wykazanie pacjentowi błędów poznawczych, ćwiczenia oddechowe i trening behawioralny pozwalają na osiągnięcie szybkiej i dobrej remisji objawowej i skuteczne radzenie sobie przez pacjenta z pojedynczymi napadami lęku, które także po leczeniu mogą w jego życiu występować.

Autorka tekstu zasadniczo zgadza się z tymi poglądami, jednakże uważa, że jest to zaburzenie znacznie bardziej psychologicznie skomplikowane, że w jego genezie występują także inne niż wspomniane powyżej ważne przyczyny i okoliczności, a leczenie, zwłaszcza psychoterapeutyczne, wymaga zastosowania znacznie szerszej niż się uważa perspektywy pojęciowej i egzystencjalnej. Swoje wnioski przedstawia na podstawie badania, a także obserwacji i leczenia grupy ok. 50 pacjentów z diagnozą zespołu lęku napadowego. Samo badanie przeprowadzone zostało za pomocą szczegółowego wywiadu klinicznego, kwestionariusza życiorysowego, genogramu i kwestionariuszy poznawczych. Wnioski, jakie wydają się z niego wypływać, autorka chce tymczasem przedstawić w sposób ogólny, bez użycia metod analizy statystycznej, kładąc nacisk przede wszystkim na obecność problemów psychologicznych, dotąd nie omawianych w literaturze przedmiotu, a także na ich konsekwencje w sposobie przeżywania przez pacjentów własnego życia i świata.

Kim są ci pacjenci

Pacjenci, u których po raz pierwszy występują objawy zespołu lęku napadowego, stanowią osobną grupę, wyraźnie różniącą się od innych grup pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń lękowych (zespołu lęku uogólnionego, społecznego, fobii swoistych). Są to przeważnie ludzie stosunkowo młodzi (25–40 lat), zwykle dobrze albo bardzo dobrze zaadaptowani społecznie, w większości czynni i aktywni zawodowo i społecznie, często pełniący odpowiedzialne funkcje i zadania, nie skarżący się na poważne kłopoty finanso-

we, mający rodziny, z którymi pozostają w dobrych relacjach, nie zgłaszający wyraźnych problemów seksualnych i w przeważającej większości zupełnie zdrowi somatycznie. Sami określają się jako osoby wrażliwe i emocjonalne. Dokładnie zbierane wywiady nie wykazują, aby dotyczyły ich poważniejsze zaburzenia rozwojowe, a w późniejszym okresie wyraźne kryzysy i konflikty w środowiskach, w których żyją, przeciwnie — zazwyczaj są lubiani, akceptowani w swoich rodzinach, mają przyjaciół. Dla nich samych najważniejszymi cechami ich charakteru są odpowiedzialność i lojalność wobec znaczących osób i instytucji. W okresie przedchorobowym bardzo rzadko występują u nich objawy depresyjne. Ta charakterystyka, choć ogólna i mająca wyjątki, przekłada się na ogólnie dobrą sytuację życiową tych osób.

Niezwykle często (44 na 50 badanych) osoby te mają jednak w swoich biografiach ciężki i zwykle długotrwały stres psychologiczny w postaci poważnej choroby lub(i) śmierci bliskiej osoby, najczęściej należącej do rodziny lub grona przyjaciół. Trauma ta wydarza się w różnych okresach życia pacjentów, nie tylko w dzieciństwie. Z własnych obserwacji autorki wynika, że im późniejszy jest okres życia, w którym ona występuje, im lepiej bliscy rozumieją charakter choroby i im bardziej są współodpowiedzialni za jej przebieg (organizacja opieki, pomocy lekarskiej, kontakt z instytucjami służby zdrowia, bezpośrednia pomoc choremu), tym nasilenie poważnego stresu psychologicznego jest większe.

Stres ten polega nie tylko na samej faktycznej utracie (emocjonalnej, często także materialnej), lecz przede wszystkim na współuczestniczeniu w procesie choroby, w byciu aktywnym świadkiem cierpienia, bólu, lęku i bezradności osoby, z którą przyszli pacjenci, jeszcze jako ludzi zdrowi, czują się związani. W tym okresie, a także jeszcze długo potem, do kilku miesięcy, a nawet lat, przeżywają oni również własną bezsilność, konieczność pogodzenia się z takim obrazem ciężkiej choroby, jakiego dotąd nie znali i jakiego sobie nie wyobrażali. Rzeczywistość tego okresu jest dla nich bardzo trudna, nie tylko w sensie emocjonalnym, a także bardzo zaskakująca. Szczególnie trudne jest zaakceptowanie faktu, że wiele poważnych i prowadzących do śmierci chorób ma nagły początek i pozornie występuje „w pełni zdrowia i siły”.

Powtarzające się rozpoznania chorób, których późniejsi pacjenci lękowi są świadkami, to kończące się śmiercią choroby nowotworowe, przewlekłe choroby neurologiczne, zespoły psychoorganiczne, stany obrażeń ciała po wypadkach, a także samobójstwa będące następstwem wcześniejszego bagatelizowanego przez otoczenie kryzysu psychicznego. Może wydawać się interesujące, że żaden z badanych pacjentów nie określił jako przyczyny analogicznego stresu choroby psychicznej.

Na szczególne podkreślenie zasługują dwie okoliczności — nagłe wystąpienie schorzenia osoby bliskiej (lub destabilizacja, po której nadzieja na powrót do zdrowia jest znikoma lub wygasa, a proces umierania trwa przez długi czas), oraz jakość i charakter opieki medycznej, która w tym okresie jest intensywna i niezbędna z powodu stanu chorego. Ten drugi czynnik jest równie ważny co pierwszy. Szczególnie duże wrażenie wywiera na przyszłych pacjentach z zespołem lęku napadowego często bezosobowy i instrumentalny sposób traktowania ich bliskich chorych, zniechęcenie i zniecierpliwienie personelu medycznego, a także złe warunki panujące w szpitalach, do których terminalnie chorzy i umierający trafiają. Te same powody są źródłem poważnego stresu również dla człon-

ków samego personelu, zwłaszcza niższego, pracującego na oddziałach i w instytucjach, które opiekują się takimi osobami, albo gdzie często zdarzają się zgony. W badanej grupie znalazło się kilkoro takich pacjentów.

Stres związany z chorobą bliskiej osoby jest często najpoważniejszy w życiu pacjentów, u których rozwinął się (z latencją od kilku miesięcy do kilku lat) zespół lęku napadowego, a równocześnie jest on przez nich bardzo silnie wypierany, tak że niechętnie do niego powracają, starają się bagatelizować jego znaczenie, a podczas zbierania wywiadu zazwyczaj o nim nie wspominają. Temat ten skłonni są rozwijać dopiero, gdy zostają zapytani o niego wprost. Często na ślad tych traumatycznych wydarzeń mogą naprowadzić inne objawy towarzyszące, na przykład powtarzające się koszmarne sny o treści związanej z urazem. Istnieje tu zbieżność z obrazem zespołu stresu pourazowego.

Zespół lęku napadowego rozpoczyna się zwykle od napadu paniki, który występuje w sytuacji pozornie błahej, mającej jednak związek z okolicznościami, które pacjent bezpośrednio lub symbolicznie interpretuje jako zagrożenie, np. w samolocie, zwłaszcza tuż po starcie, albo przed lądowaniem, zbyt dużym wysiłku fizycznym, turystycznej wycieczce w oddalone od ludzi miejsce, w trakcie konfliktów rodzinnych, problemów w pracy, wychowawczych z dziećmi itp. Sama sytuacja jako taka nie ma początkowo znaczenia czynnika wyzwalającego napad lęku, jakiego nabiera w trakcie trwania zaburzenia, zwłaszcza jeśli równocześnie rozwija się agorafobia. Najbardziej istotne jest w niej to, że pacjent doznaje intensywnego uczucia niepokoju i braku bezpieczeństwa. Po przeżyciu ataku lęku uwaga pacjenta jest nim coraz bardziej zaabsorbowana. Kolejne napady występują zwykle po krótkich, kilkunastogodzinnych, kilkuniedniowych lub rzadziej kilkutygodniowych przerwach, a pomiędzy nimi rozwija się lęk antycypacyjny, który często trwa przez większą część albo nawet cały czas czuwania.

Objawy somatyczne i zaburzenia poznawcze — pierwszy plan przeżyć chorego

Podczas napadu lęku pacjent odczuwa silne duszności, uczucie kołatania i „zamierania” serca, bóle i zawroty głowy, drżenie rąk i całego ciała, parestezje, nudności, ucisk w klatce piersiowej, jest spocony, skarży się na „fale zimna i gorąca” i ma poczucie, że umiera, a w każdym razie, że całkowicie traci nad sobą kontrolę. Atak trwa zazwyczaj kilka minut, wyjątkowo kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt. Jest to doznanie tak nieprzyjemne, że większość pacjentów zmienia rytm swojej aktywności, tak by nie zostawać samemu lub by zawsze móc wezwać pomoc. W wielu przypadkach prowadzi to do narastającej inwalidyzacji — zdarza się nawet, że pacjenci tygodniami nie wychodzą z domu samodzielnie.

Równocześnie z rozwojem choroby, w znaczeniu powtarzania się napadów paniki i narastania lęku antycypacyjnego, u pacjentów występują i utrwalają się szczególnego rodzaju zaburzenia poznawcze, opisane przez brytyjskiego psychologa Davida Clarka [4, 5] jako katastroficzna interpretacja doznań somatycznych. Polegają one na tym, że każda, drobna nawet zmiana wegetatywna, powodowana w organizmie przez przypadkowe i nieistotne przyczyny, jest przez nadwrażliwego pacjenta interpretowana jako objaw poważnej, zagrażającej życiu choroby, bo za taką właśnie chorobę pacjent uważa napady lęku, pomimo własnego doświadczenia (wielokrotne ataki, które nie odbijają się bezpośrednio na zdrowiu somatycznym), nie dowierzając, że nie prowadzą one do groźby śmierci. Zdaniem Clarka, ucznia Aarona Becka [7, 8], twórcy modelu poznawczego, tego rodzaju

zaburzenia poznawcze wynikają z wcześniejszych lękotwórczych wzorów myślenia, które kształtują się w trakcie całego życia, lecz zwłaszcza w okresie rozwojowym. Clark i jego współpracownik, także psycholog, Paul Salkovskis, uważają również, że w mechanizmie napadu paniki znaczną rolę odgrywa hiperwentylacja i podkreślają skuteczność leczenia paniki za pomocą ćwiczeń oddechowych, eksperymentów behawioralnych, desensytyzacji oraz krótkiej terapii poznawczej, która w oryginalnym modelu zawierała zaledwie 4 sesje. Później sam Clark uznał tę propozycję za zbyt optymistyczną i dołączył do pierwotnej wersji kilka sesji dodatkowych, podczas których terapeuta miałyby uświadomić pacjentowi, że jego lękowe obawy są nieuzasadnioną negatywną interpretacją.

Taki sposób rozumienia ataków paniki jest zgodny z podstawowymi faktami, które potwierdza każdy cierpiący z ich powodu pacjent, jednakże stanowi wyjaśnienie częściowe, które dotyczy przede wszystkim bezpośredniej sytuacji ostrego lęku, lecz w odniesieniu do szerszego kontekstu przeżyć pacjenta jest powierzchowne i niewystarczające.

Trzeba zresztą przyznać, że charakterystyczny dla modelu poznawczego redukcjonizm jest, a przynajmniej powinien być, jasno samouświadamiany — model powstał jako teoretyczne rozwinięcie doświadczeń Aarona Becka, amerykańskiego psychiatry i psychoterapeuty, zdobytych podczas jego pracy terapeutycznej z pacjentami cierpiącymi z powodu głębokich zaburzeń emocjonalnych, głównie depresyjnych i lękowych, w opozycji do zasad bardzo popularnej w USA w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych długotrwałej, kosztownej i sprawiającej trudności organizacyjne terapii psychoanalitycznej. Beck był przede wszystkim znakomitym psychoterapeutą praktykiem, stawiającym sobie za cel opracowanie zasad leczenia krótkiego, opartego na jasnym i czytelnym kontrakcie terapeutycznym, aktywności i dyrektywności terapeuty, który wymaga od pacjenta czynnej współpracy w analizie bezpośrednich związków pomiędzy objawami choroby, jego zachowaniem, emocjami a stylem myślenia — sztywnym sposobem interpretacji samego siebie i świata, płynącym z tzw. schematów poznawczych.

Nie należy zapominać, że model Becka odnosi się do praktyki terapeuty, którego celem jest udzielenie szybkiej i możliwie skutecznej pomocy pacjentowi, który z powodu objawów, w tym przypadku lękowych, nie jest zdolny do prawidłowego i harmonijnego funkcjonowania. Jest to podstawowe zadanie, jakie stawia sobie terapia poznawcza, a kierunek jej działania zmierza ku szczegółowej analizie trudności, jakie pacjent, w tym wypadku lękowy, znajduje w obrębie swego „tu i teraz”.

Taka też jest poznawcza perspektywa rozumienia błędnych (katastroficznych) interpretacji objawów ataku paniki przez pacjentów, którzy je przeżywają. Jest ona prawdziwa — wszyscy pacjenci cierpiący z powodu zespołu lęku napadowego interpretują te objawy jako bardzo poważny problem zdrowotny, zazwyczaj jako ciężką chorobę somatyczną, a często jako bezpośrednie zagrożenie dla życia. Objawy, niezależnie od tego, jak obiektywnie niegroźne, zostają w przeżyciu pacjenta wyolbrzymione na drodze poznawczego i behawioralnego błędnego koła, urastając do poczucia ciężkiej choroby, bliskości śmierci czy nawet fizycznego umierania. Jest to doświadczenie co prawda krótkie, ale tak intensywne, że każde jego wspomnienie budzi silny lęk antycypacyjny, który z kolei zwraca uwagę pacjenta ku niejasnemu, a przecież wciąż obecnemu zagrożeniu. To uczucie zagrożenia, wobec którego zresztą pacjenci są po części krytyczni („przeżyłem wiele podobnych ataków sądząc, że umrę, ale tak się wcale nie stało, więc trudno mi pojąć, dlaczego wciąż boję

się ich tak bardzo”), jest tak głębokie i trudne do opanowania, że u większości leczonych utrzymuje się jeszcze przez dłuższy czas po ustąpieniu samych ataków, to znaczy w stanie, który w sensie psychopatologicznym jest remisją.

Podczas pracy terapeutycznej z takimi pacjentami trudno oprzeć się metaforze „echa śmierci”, które dociera do nich z jakiegoś ukrytego, pozornie tylko opuszczonego i zapomnianego, miejsca w przeszłości. Z czasem staje się ono coraz słabsze, ale proces ten trwa wiele miesięcy, a nawet lat, a praktyczna, wyjaśniająca siła modelu poznawczego, tak użytecznego podczas trwania ostrych objawów, również słabnie, wyczerpuje się, nie przystaje do potrzeby refleksji na innym poziomie, na którym dyskusja o tym, co „funkcjonalne” i „dysfunkcjonalne” — by użyć poznawczych terminów — nie tyle przestaje obowiązywać, co schodzi na dalszy plan. W tym bowiem świetle ludzka bezradność wobec śmierci, cudzej i własnej, jest raz na zawsze dysfunkcjonalna.

Warto w tym miejscu wspomnieć również o tym, że w zespole lęku napadowego sposób powiązania objawów chorobowych, schematów poznawczych i emocjonalnego doznania bliskości śmierci nie wynika wprost z depresyjnego bilansu, z przekonania, że życie nie ma sensu, zbliża się do kresu, że coś ważnego zostało w nim nieuchronnie utracone. Przeciwnie, w kontakcie z tymi pacjentami odnosi się wrażenie, że poczucie biologicznego kryzysu i umierania w dramatyczny sposób potwierdza, a nawet afirmuje fakt życia. Chorzy poprzez obecność lęku antycypacyjnego koncentrują się na podstawowej prawdzie o tym, że żyją, że ich organizm funkcjonuje. A przecież poprzez swoje objawy wielokrotnie konfrontują się z jego biologiczną kruchością i względnością. Egzystencjalny wymiar tego doświadczenia jest dla nich ogromny.

Perspektywa egzystencjalna — drugi plan przeżyć chorego

Współczesna cywilizacja, a przynajmniej ta jej część, w której od pewnego czasu żyjemy, bywa ironicznie albo poważnie nazywana „cywilizacją sukcesu” — treść tego pojęcia jest powszechnie znana. Tematy egzystencjalnie tragiczne, takie jak ciężka choroba i śmierć, są w niej skrywane albo marginalizowane, a jeśli występują, dzieje się to w szczególnych kontekstach — jako punkt wyjścia przeformułowania pozytywnego (był poważnie chory, ale chorobę pokonał i zwalczył, pomimo choroby ma osiągnięcia), jako element wzmocnienia krytyki rzeczywistości i nacisku na nią, albo dla budowania prywatnego albo społecznego mitu (np. śmierć księżnej Diany). Choroba i śmierć, wbrew oczywistości, nie są zjawiskami akceptowanymi, budzą nie tylko lęk, ale także poczucie osamotnienia, odrzucenia, czasem także wstydu. Ma to bardzo istotny wpływ na osoby bliskie choremu, na świadków i współuczestników chorowania, zwłaszcza jeśli są one z chorymi związane emocjonalnie — zostało już wspomniane, że takie właśnie sytuacje są obecne w przedchorobowych wywiadach przeważającej większości pacjentów z diagnozą zespołu lęku napadowego.

Ten kontekst kulturowy nasila i tak bardzo intensywne przeżycie unaocznienia wartości, ale i względności życia, jakie przynosi choroba, nie tylko własna, ale i cudza. Osoba bliska choremu, zwłaszcza jeśli jest młoda, zdrowa i nigdy dotąd nie koncentrowała się na poważnych kwestiach zdrowotnych, przeżywa dramatyczną zmianę dotychczasowej perspektywy. Odkrywa znaczenie drobniawo mierzonych funkcji ciała, stopniowo narastających objawów, jest świadkiem zabiegów leczniczych i badań diagnostycznych, angażuje się

w ich interpretację, słowem — odkrywa i adaptuje się do rzeczywistości zupełnie nowej, którą zazwyczaj nie może się dzielić z innymi na miarę swoich potrzeb. Warunki, w jakich funkcjonuje służba zdrowia, rzadko pozwalają na korzystanie z pomocy psychologicznej, tak przez chorych, jak i ich bliskich. Cała sytuacja bliskości cudzej choroby jest więc dla tych ostatnich traumą znoszoną w samotności. Niezależnie od innych przyczyn (takich jak uwarunkowania genetyczne, osobowość, rozwój), jej konsekwencje mają wpływ na rozwój szczególnego obrazu klinicznego i powinny być uwzględnione w psychoterapii tych pacjentów, pod tym względem bowiem grupa osób z zespołem lęku napadowego jest znacznie bliższa pacjentom z zespołem stresu pourazowego, aniżeli z zespołem lęku uogólnionego.

Poczucie osamotnienia, zamknięcie się w swoich trudnościach, przewidywanie, że nie zostanie się zrozumianym i nie otrzyma pomocy, powraca intensywnie już po pierwszych napadach lęku, gdy pacjent zazwyczaj zwraca się o pomoc do lekarzy innych niż psychiatra specjalności, kardiologów, neurologów, a po wykonaniu badań zostaje mu oznajmione, że jest zdrowy, z czym się nie zgadza. Rozpoznanie zaburzenia lękowego często jest dopiero kolejnym rozpoznaniem, często poprzedzonym długą, budzącą obawy, jatrogenizującą diagnostyką.

Okoliczności te również decydują o rozwoju objawów

Równocześnie wielu pacjentów, którzy często przeżywają napady paniki, jest w stanie utrzymać życiową aktywność i spełniać odpowiedzialne obowiązki, aczkolwiek w miarę postępów choroby możliwości funkcjonowania kurczą się i zawężają do takich okoliczności, w których czują się bezpiecznie. Dochodzi więc do podziału i polaryzacji na to, co związane z życiem, aktywnością i samorealizacją, oraz na to, co wyraża i symbolizuje chorobę, kres i śmierć. Pomiędzy atakami lęku pacjenci mogą być osobami intensywnie żyjącymi i świadomymi perspektyw, jakie życie im daje i może dawać w przyszłości, ale podczas ataku „umierają” i doświadczają całej względności, jaka z faktem życia jest związana. Konflikt pomiędzy tymi dwoma przeplatającymi się stanami jest dla tej grupy chorych szczególnie charakterystyczny. Charakterystyczne jest również to, że mechanizm błędnego koła, jaki tworzy się na jego bazie, ma równocześnie warstwę potencjalnie twórczą — by użyć słów Camusa „otwiera oczy”, pozwala pacjentom oderwać się od doraźnej perspektywy, zwraca ich uwagę ku niedocenianym dotąd sensom, relacjom i celom życia. Dla wielu z nich własna choroba, a ściślej ten etap leczenia choroby, który daje efekty, etap, gdy choroba odchodzi, staje się punktem wyjścia głębokiej i twórczej refleksji nad życiem, dotąd z różnych powodów nieobecnej, a nawet niedostępnej.

Splot tych zaledwie sygnalizowanych czynników wydaje się mieć znaczny wpływ na wysoką motywację tych pacjentów do leczenia i ogólnie dobre wyniki, jakie leczenie różnymi metodami daje w stosunkowo krótkim czasie. Przyczynia się do niej, a nawet w pewnym sensie ją umożliwia, cały splot okoliczności, w którym ważną rolę odgrywają: osobowość pacjentów, ich ważne doświadczenia życiowe i wreszcie charakter objawów, które można interpretować jako utratę i odzyskiwanie własnego życia, a także głębszego kontaktu z innymi ludźmi, przy czym nowy, pozbawiony ostrych objawów etap życia toczy się już na innym niż uprzednio poziomie.

Perspektywa uniwersalna — trzeci plan przeżyć chorego

Charakterystyczną cechą zespołu lęku napadowego jest także to, że występuje on nagle, co znaczy, że człowiek, który uważał się za zdrowego i w swojej ocenie funkcjonował prawidłowo, zostaje zaskoczony przez poważne objawy chorobowe, których początkowo nie potrafi powiązać ze swoimi dotychczasowymi doświadczeniami, sam nie znajduje ich przyczyny, a przede wszystkim — nie potrafi ich zrozumieć. Staje się w nim zatem coś nowego, coś, czego dotąd nie było, otwiera się perspektywa dotąd nieobecna. Jest to dla niego zaskoczenie, tym większe, że nie przygotowuje go na nie stopniowe nasilanie się dolegliwości, narastanie procesu, którego związek z bieżącą sytuacją byłby dla niego samego uchwytny i dostrzegalny. Zwykle pacjenci dobrze pamiętają pierwszy napad lęku, ponieważ jest to dla nich bardzo przykre i niespodziewane przeżycie. Natomiast typowa odpowiedź na pytanie, w jakiej sytuacji wystąpił, brzmi — w sytuacji bez znaczenia, banalnej, codziennej. Z tego powodu pacjenci początkowo skłonni są uważać, że napady lęku występują bez powodu, a zatem, że są objawami choroby somatycznej, choć wielu zwraca jednak uwagę, że czynniki psychiczne także mają w nich znaczenie.

Okres, który upływa od chwili wystąpienia pierwszego napadu do momentu podjęcia leczenia, jest czasem własnego poszukiwania przyczyn objawów, przygotowaniem do innego niż do tej pory rozumienia samego siebie. Sama decyzja o nawiązaniu kontaktu z psychiatrą jest już pośrednią zgodą na to, o czym pisał Kępiński: „stan nerwiczny jest sygnałem, że coś w swym życiu trzeba zmienić, że weszło się w ślepą uliczkę, w której kręcąc się wokół utknęło się w martwym punkcie własnej linii rozwojowej”[9]. A nawet więcej, bo doświadczenie powtarzających się stanów ostrego lęku jest samo w sobie zmianą, która dokonała się i nie może zostać ani cofnięta, ani zapomniana. Jest to więc także znak, że pacjent już znajduje się w nowym miejscu, a może nawet na nowym etapie swego życia.

Jest to ważny fakt, którego terapeuta nie powinien tracić z oczu, niezależnie od sposobu, w jaki będzie dalej leczyć chorego i jaki model psychoterapii zastosuje, wynika z niego bowiem taki wątek wewnętrznych poszukiwań pacjenta, który nie tylko nie skupia się na pozornie najważniejszej dla stanu objawowej sytuacji „tu i teraz”, ale przeciwnie — odrywa się od niej, przechodząc do innej perspektywy, dotąd zwykle słabo w jego przeżywaniu obecnej, której osią jest potrzeba znalezienia głębszego niż dotychczas sensu życia i zmierzenia się z problemem, który już zna: z nieuchronnością śmierci.

Pomimo że podczas ostrego ataku paniki często obecny jest lęk przed śmiercią, pacjenci rzadko obawiają się własnej śmierci w sposób dosłowny. Chodzi raczej o rezygnację z części własnych pragnień, oczekiwań i dążeń. A ponieważ zespół lęku napadowego występuje przede wszystkim u ludzi stosunkowo młodych, problem rezygnacji jest dla nich równie trudny jak konfrontacja z dosłowną obawą przed śmiercią. W odróżnieniu od osób chorych na depresję, pacjenci ci chcą żyć, czują się zdolni do pełnego życia, odnoszą w nim sukcesy i radzą sobie z płynącymi z niego obowiązками. Natomiast nie są psychicznie przygotowani na konieczność rezygnacji, poddania się, zaakceptowania poważnych strat, zwłaszcza emocjonalnych. Ich reakcja na takie utraty jest bardzo głęboka, a oni sami szamocą się, nie znajdując oparcia w otaczającej rzeczywistości. Cywilizacja zorientowana na konsumpcję dać im go nie może, ponieważ wnioski, do których dochodzą, są przez nią ignorowane. Przeciwnie niż wielu pacjentów depresyjnych, osoby z lękiem napadowym

rzadko zwracają się ku rozwiązaniom religijnym — są to przypadki raczej wyjątkowe. Można powiedzieć, że osoby te, przywykłe do polegania na sobie, w chorobie nie porzucają tej postawy i bardzo dotkliwie przeżywają swoją bezradność, buntując się przeciwko niej i pomimo to jej ulegając.

To wewnętrzne starcie z problemami ostatecznymi jest w niektórych modelach psychologii i psychoterapii (psychologia analityczna Junga) określane jako przemiana. Przemiana to pojęcie szersze od kryzysu, choć naturalnie zawiera w sobie jego elementy, akcentując równocześnie nurt pozytywnej dezintegracji, jaką kryzys może zapoczątkować. Jung, w opozycji do Freuda, akcentującego znaczenie psychicznych przeżyć dzieciństwa dla rozwoju osobowości, zwracał uwagę na rolę środkowej części życia, której treścią i celem jest osiągnięcie pełnej biologicznej i psychicznej dojrzałości. By stało się to możliwe, człowiek musi przejść proces indywiduacji i zmienić się względem takiego siebie, jakim był w dzieciństwie i wczesnej młodości. Konieczna do tego jest właśnie przemiana, „kryzys wieku średniego”, którego charakter jest złożony, przebiega na wielu poziomach funkcjonowania psychiki i objawia się zewnętrznie w rozmaity sposób, jednak zawsze zawiera mniej lub bardziej wyraźne analogie do symbolicznej śmierci jako warunku odnowienia formy i treści życia.

Próba cofnięcia się do znacznie wcześniejszej, niż popularne obecnie modele psycho-terapeutyczne, myśli Junga na temat przejścia pomiędzy etapami życia wydaje się w odniesieniu do problematyki lęku usprawiedliwiona. Podejmuje ona perspektywę rozwoju osobowości, w której konieczna jest akceptacja istnienia bólu, cierpienia i śmierci, nawet wtedy, czy też zwłaszcza wtedy, gdy nie można im nadać sensu zrozumiałego indywidualnie. Perspektywa ta opiera się na powiązaniu doświadczeń jednostki z całą historią doświadczeń ludzkości, której ślady obecne są tak w psychice jednostkowej, jak i w uniwersalnej treści przekazów kulturowych. Do takich treści podstawowych i bardzo starych należy przekonanie, że dla osiągnięcia pełni życia człowiek musi symbolicznie umrzeć, to znaczy odrzucić niedojrzałą część swojej natury i przyjąć konieczność cierpienia i nieuchronność biologicznej śmierci jako nieodzowny element swojej egzystencji. To przekonanie czy też, by użyć języka psychologii analitycznej, pradoświadczenie, znajdujące wyraz w mitach, założeniach i dogmatach religijnych, nazywa Jung archetypem odrodzenia. „Odrodzenie nie jest procesem, który moglibyśmy w jakiś sposób zaobserwować. Nie możemy go zmierzyć, zważyć ani sfotografować. Jest całkowicie niedostępny naszym zmysłom. Mamy tu do czynienia z rzeczywistością czysto psychiczną, o której wiemy jedynie pośrednio, dzięki wypowiedziom na jej temat.[...] Należą one do prawypowiedzi ludzkości. Te prawypowiedzi opierają się na tym, co określam terminem »archetyp«” [10].

Przemiana jest więc wyrazem działania archetypu na poziomie indywidualnej egzystencji. Jung wyróżnia trzy jej typy: zubożenie i wzbogacenie osobowości oraz przemianę struktury wewnętrznej, która oznacza jej przebudowę strukturalną. „Człowiek rośnie odpowiednio do wielkości swego zadania” [11]. „U szczytu życia, kiedy otwiera się pęk i z rzeczy małej wyłania się rzecz większa, nagle »jedno zmienia się w dwoje« i większa postać, którą przecież zawsze byliśmy, a która mimo to pozostawała niewidoczna, ukazując się dotychczasowemu człowiekowi w całej potędze prawdziwego objawienia” [10].

Czego ma dotyczyć owo „objawienie”, które jest równocześnie zadaniem i celem środkowej części życia? Uczennica Junga, Jolande Jacobi, tak je zwięźle określiła: „Kroczenie

»drogą środka« jest zadaniem człowieka dojrzałego, gdyż sytuacja psychologiczna jednostki jest różna w zależności od jej wieku. Na początku życia człowiek musi się wyplątać z dziecinnej formy bytu, tkwiącej jeszcze całkowicie w nieświadomości zbiorowej, i nauczyć się odróżniać i określać swoje ja. [...] Dopiero, gdy to zadanie, należące do pierwszej połowy życia, zostanie bez reszty spełnione, przystosowanie się do życia zewnętrznego powinno być uzupełnione przez przystosowanie się do życia wewnętrznego i jego przeżywania. Gdy postawa osobowości wobec świata zewnętrznego zostanie zbudowana i utrwalona, energia może być skierowana ku rzeczywistości psychicznej, dotychczas mniej lub bardziej pomijanej; dopiero dzięki temu życie człowieka zbliży się do swej pełni. Jest to zadanie środkowej części życia. Zdaje się ono oznaczać przygotowanie do śmierci w najgłębszym sensie tego słowa. Śmierć bowiem nie jest mniej ważna niż narodziny i jak narodziny jest nieodzowną częścią życia. Sama natura, jeśli tylko właściwie ją rozumiemy, bierze nas tutaj w swe opiekuńcze ramiona. [...] Jeśli to zadanie zostanie prawidłowo wypełnione, to śmierć przestaje być straszna i oznacza po prostu część całego procesu życiowego. Jednakże wielu ludziom — jak o tym świadczy duża liczba osób dorosłych — nie udaje się wypełnienie nawet tych zadań, które stawia pierwsza połowa życia; toteż dopełnienie swego życia przez zrozumienie znaczenia śmierci jest przywilejem bardzo nielicznych” [12].

Sądzę, że warto pamiętać także i o takich poglądach, gdy pacjenci z zespołem lęku napadowego powiedzą nam po raz kolejny, że czuli się, jakby śmierć była obok.

Piśmiennictwo

1. Psychiatria. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
2. Rybakowski J. Neurobiologiczne aspekty teorii i praktyki psychoterapii. *Psychiatr. Pol.* 2002; XXXVI, 1: 5-15.
3. Freud S. The problem of anxiety. New York: W.W. Norton and Co.; 1964.
4. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Beh. Res. Ther.* 1986; 24: 461-470.
5. Clark DM. Anxiety states. Panic and generalized anxiety. *Cognitive behavioural therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
6. Salkovskis PM. The nature of an interaction between cognitive and physiological factors in panic attacks and their treatment. Department of Psychology at the University of Reading brak miejsca wydania, 1990.
7. Beck A. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.; 1976.
8. Beck A, Emery G, Greenberg R. Anxiety disorders and phobias; a cognitive perspective. New York: Basic Books; 1985.
9. Kępiński A.: Rytm życia. Kraków: Wyd. Literackie; Kraków, 1973, s. 151-187.
10. Jung CG. Archetypy i symbole. Warszawa: Czytelnik; 1993, s. 128-134.
11. Jung CG. Wspomnienia, sny, myśli. Warszawa: Wrota; 1999, s. 433- 434.
12. Jacobi J. Psychologia C.G. Junga. Warszawa: Wydawnictwo Ewa Korczewska; 1996, s. 202-204.

Adres: Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
ul. Kopernika 21